

Tätigkeitsbericht zum Geschäftsjahr 2024

gem. § 3 Abs. (2) der Finanzierungsvereinbarung (Anlage 2) zum Vertrag über die Umsetzung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen vom 2. Oktober 2019 sowie

gem. § 22 Abs. 3 Teil 1 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

ERSTELLT VON DER

**LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT SACHSEN EINRICHTUNGSÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG ·
GESCHÄFTSSTELLE**

→ WWW.QS-SACHSEN.DE | STAND: 7. APRIL 2025

1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Gesetzliche und vertragliche Grundlagen	3
3	Organisation der Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß DeQS-RL und QFR-RL	4
3.1	Lenkungsremium	4
3.2	Geschäftsstelle	5
3.3	Fachkommissionen (FK) nach DeQS-RL	5
3.4	Fachgruppe Klärender Dialog	7
3.5	Leistungserbringer	7
3.6	Zusammenarbeit mit den Gremien und Institutionen der Bundesebene	7
4	Datenannahmestelle (DAS) der LAG Sachsen	8
4.1	Datenannahme für QS-Daten – Erfassungsjahr 2024	8
4.2	Soll- und Risikostatistik – Erfassungsjahr 2023	8
4.3	Rückmeldeberichte an Leistungserbringer gem. § 18 Teil 1 DeQS-RL; § 10 und 17 in den themenspezifischen Bestimmungen) – Auswertungsjahr 2023	9
4.4	Kapitel C-1 der Qualitätsberichte	9
5	Datenauswertung	9
5.1	Auswertung nach DeQS-RL	9
5.1.1	Maßnahmenstufe 1 zu Auswertungsjahr 2023	9
5.1.2	Zielvereinbarung mit einem Leistungserbringer	9
5.1.3	Landesbezogene Auswertungen an die LAG gem. DeQS-RL – Auswertungsjahr 2024	10
5.1.4	Stellungnahmeverfahren gem. DeQS-RL – Auswertungsjahr 2024	10
6	Berichte	15
6.1	Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) an das Institut nach § 137a SGB V (§ 19 DeQS-RL). ..	15
6.2	Tätigkeitsbericht und Jahresabschluss der Landesgeschäftsstelle für das Geschäftsjahr 2023... ..	15
7	Veranstaltungen und Vorträge	16
7.1	Workshop „Externe Qualitätssicherung – update 2024“ am 10. Januar 2024	16
7.2	Ergebniskonferenz Kardiologie am 21. Februar 2024	16
8	Anhang	18
8.1	Abkürzungsverzeichnis	18
8.2	Glossar	18

2 Gesetzliche und vertragliche Grundlagen

Gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) vom 19. Juli 2018 trägt in Sachsen die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Sachsen einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung die Verantwortung für die Umsetzung der bundesweit verpflichtenden landesbezogenen Qualitätssicherungsverfahren. Dazu wurde der „Vertrag zur Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen“ (Fassung vom 2. Oktober 2019) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS), der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen (KZVS), der Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V. (KGS) und den Verbänden der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen geschlossen. Die Aufgaben der Geschäftsstelle der LAG Sachsen sind in einer gesonderten „Vereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb der Landesgeschäftsstelle in Umsetzung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (DeQS-RL)“ zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der LAG Sachsen (aktuelle Fassung vom 2. Oktober 2019) fixiert.

TABELLE 1: QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN NACH DEQS-RICHTLINIE IM JAHR 2024 – GÜLTIG IN ALLEN BUNDESLÄNDERN

Verfahrens-Nr.	Verfahrensbezeichnung (Lang- und Kurzform)	Zuständigkeit	Beginn des Verfahrens
1	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) incl. Patientenbefragung (PPCI)	L	01.01.2016 01.07.2022
2	Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	L	01.01.2017
3	Cholezystektomie (QS CHE)	L	01.01.2019
4	Nierenersatztherapie bei chron. Nierenversagen einschl. Pankreastransplantationen (QS NET)	L	01.01.2020
5	Transplantationen (QS TX)	B	01.01.2020
6	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)	B	01.01.2020
7	Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	L	01.01.2021
8	Ambulant erworbene Pneumonien (QS CAP)	L	01.01.2021
9	Mammachirurgie (QS MC)	L	01.01.2021
10	Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	L	01.01.2021
11	Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	L	01.01.2021
12	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	L	01.01.2021
13	Perinatalmedizin (QS PM)	L	01.01.2021
14	Hüftgelenksversorgung (QS HGV)	L	01.01.2021
15	Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	L	01.01.2021

Abkürzung: L – landesbezogen, B - bundesbezogen

Im Jahr 2024 wurden in den themenspezifischen Bestimmungen nach Teil 2 der DeQS-RL unverändert zum Vorjahr 15 Qualitätssicherungs-(QS)-Verfahren inklusive einer Patientenbefragung im Verfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PPCI)“ für den Regelbetrieb in allen Bundesländern erfasst (Tabelle 1). Durch den Beschluss des G-BA über „Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung“ vom 21. April 2022 wurden umfangreiche Überarbeitungen der bestehenden QS-Verfahren in drei Etappen eingeleitet, die prozessbedingt bis zum Abschluss mehrere Jahre in Anspruch nehmen werden. Ausgehend vom dazugehörigen ersten Abschlussbericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom 19. Juli 2023 wurden in drei QS-Verfahren teilweise bereits mit den Auswertungen 2024 Änderungsvorschläge wirksam umgesetzt, letztendlich mit dem Ziel der Aufwandsreduktion. Dies betraf die Verfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“, „Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)“ und „Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)“.

In die Zuständigkeit der LAG Sachsen fielen im Jahr 2024 außerdem Aufgaben gem. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) und der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R).

Das Verfahren zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren fand im Zeitraum vom 18. April 2024 bis zum 31. Dezember 2025 keine Anwendung.

3 Organisation der Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß DeQS-RL und QFR-RL

Die LAG Sachsen einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung hat ein Lenkungsgremium als Entscheidungsgremium mit eigener Geschäftsordnung, eine Geschäftsstelle sowie für die fachlich-inhaltliche Bewertung der Auswertungen zu den Qualitätssicherungs-Verfahren nach DeQS-RL Fachkommissionen (FK) etabliert.

Zur fachlichen Unterstützung bei der Durchführung des klärenden Dialogs gem. § 8 QFR-RL hat das Lenkungsgremium eine Fachgruppe „Klärender Dialog“ eingerichtet.

3.1 Lenkungsgremium

Das Lenkungsgremium setzt sich zusammen aus den Vertreterinnen/Vertretern der Landesverbände der Sächsischen Krankenkassen und Ersatzkassen (LVSK) und den Organisationen der Leistungserbringerseite (Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V. [KGS], Kassenärztliche Vereinigung Sachsen [KVS], Kassenzahnärztliche Vereinigung [KZVS]). Beteiligt am Lenkungsgremium sind Vertreterinnen und Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, der Sächsischen Landesärztekammer, der Sächsischen Landes Zahnärztekammer, der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer und der Organisationen der Pflegeberufe im Freistaat Sachsen (Sächsischer Pflegerat). Ein Mitberatungsrecht haben die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene gem. § 140 f Abs. 1, 2, 5 und 6 SGB V.

Im Jahr 2024 stand das Lenkungsgremium unter Leitung seiner gem. Geschäftsordnung für ein Jahr gewählten Vorsitzenden, Frau Hanna Marieke Waldert (KVS). Den stellvertretenden Vorsitz hatte die KZVS inne, vertreten durch Frau Ass. jur. Nadine Kiel.

Das Lenkungsgremium tagte im Berichtszeitraum am 18. Juni 2024 (Videokonferenz) und am 17. Oktober 2024 in Präsenz. Die Arbeitsgruppe Haushalt beriet am 19. September 2024 (Videokonferenz). Anlässlich der Beratung am 18. Juni 2024 wurden der Tätigkeitsbericht und der Jahresabschluss 2023 erörtert und einstimmig angenommen bzw. zur Erfüllung der Anforderungen gem. § 22 DeQS-RL

freigegeben. In den Beratungen erfolgten u. a. Beschlussfassungen über die Einleitung von Stellungnahmeverfahren, die Ergebnisvorstellungen zu den 13 landesbezogenen QS-Verfahren durch die Sprecher der Fachkommissionen oder die Geschäftsstellenleitung sowie Beschlussfassungen über abzuschließende oder einzuleitende Maßnahmenstufen 1 zur Qualitätsverbesserung auf Vorschlag der Fachkommissionen. Des Weiteren wurde über den Wirtschaftsplan der Geschäftsstelle 2025 beraten, der durch die Arbeitsgruppe Haushalt vorbereitet wurde. Entsprechend § 3 der Geschäftsordnung der LAG Sachsen erfolgte in der Beratung am 17. Oktober 2024 die einstimmige Wahl von Frau Ass. jur. Nadine Kiel (KZVS) zur Vorsitzenden und von Herrn Christian Nolle (AOK PLUS, Vertreter der Landesverbände der Sächsischen Krankenkassen und Ersatzkassen [LVSJK]) zum stellvertretenden Vorsitzenden des Lenkungsgremiums für die einjährige Amtsperiode 2025.

3.2 Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle hat ihren Sitz bei der Sächsischen Landesärztekammer Dresden. Sie wurde im Berichtszeitraum gemeinsam von Frau Dipl.-Med. Annette Kaiser und Frau Dr. med. Beate Trausch geleitet.

Die Aufgaben der Geschäftsstelle sind durch die *DeQS-RL* und die Bestimmungen im Landesvertrag Anlage 3 fixiert, beinhalten administrative und organisatorische Aufgaben, dabei schwerpunktmäßig die Beratung/Betreuung der Leistungserbringer, die organisatorische Durchführung der Stellungnahmeverfahren (STNV) auf Landesebene, die mit dem Stellungnahmeverfahren im Zusammenhang stehenden Auswertungsaufgaben, das Berichtswesen, die Organisation und inhaltliche Vorbereitungen der Beratungen des Lenkungsgremiums und der Fachkommissionen sowie der Ergebniskonferenz Kardiologie bzw. die Kommunikation auf Bundesebene u. a. im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsverfahren.

Die Betreuung von Leistungserbringerinnen/-erbringer beginnt mit dem Zeitpunkt der Datenerhebung und Datenlieferung und umfasst die Unterstützung bei der Umsetzung der Leistungserbringerinnen/den Leistungserbringern bei den gem. Richtlinien obliegenden Aufgaben und bei qualitätsverbessernden Maßnahmen bis zur Berichterstattung (Letzteres aktuell bei Krankenhäusern). Es werden durch die LAG-Geschäftsstelle sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärzte (hier ohne Aufgaben der DAS) betreut. Die Betreuung bedeutet z. B.: Fehleranalyse, Hilfe beim Ausfüllen der QS-Bögen, Unterstützung im Stellungnahmeverfahren und bei qualitätsverbessernden Maßnahmen. Dies erfolgt individuell per Telefon, E-Mails sowie allgemein über die Webseite, in einem Workshop oder auch im Rahmen der Ergebniskonferenz Kardiologie.

Im Jahr 2024 betreute die Geschäftsstelle 124 Krankenhausstandorte bzw. 76 Krankenhäuser. An den QS-Verfahren waren 266 ambulante Leistungserbringer beteiligt.

Weitere detaillierte Angaben dazu finden sich in den nachfolgenden Kapiteln.

Die Regelungen der QFR-RL sehen folgende Aufgaben für die LAGen vor: Validierung der Sterbefälle der Perinatalzentren Level 1 und 2 gem. § 6 der Anlage 4 der Richtlinie und die Durchführung des Klärenden Dialogs gem. § 8 der Richtlinie.

In Sachsen musste nur für einen Fall der Abgleich eines zusätzlich identifizierten Sterbefalls durch die Geschäftsstelle durchgeführt werden.

3.3 Fachkommissionen (FK) nach DeQS-RL

Das Lenkungsgremium richtete zur Erfüllung seiner Aufgaben insgesamt 13 Fachkommissionen für die landesbezogenen Qualitätssicherungsverfahren ein. Die Besetzung der einzelnen Fachkommission entspricht den Anforderungen des § 8a Teil 1 der *DeQS-RL* sowie den themenspezifischen Bestimmungen nach Teil 2, i. d. R. § 14 der *DeQS-RL*. Eine Fachkommission setzt sich bei den bestehenden landesbezogenen *DeQS-Verfahren* je nach thematischer Betroffenheit aus Vertreter(inne)n der zugelassenen Krankenhäuser

(Fachärztinnen/-ärzte), der Vertragsärztinnen/-ärzte bzw. Vertreter(inne)n der Krankenkassen (Fachärztinnen/-ärzte) bzw. weiterer betroffener Berufsgruppen zusammen. Sie schließt beratend Angehörige von Pflegeberufen (z. B. über den Sächsischen Pflegerat) sowie eine Patientenvertretung aus maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen ein. Die Fachkommissionen übernahmen die ihnen gemäß DeQS-RL zugeschriebenen Aufgaben. Dazu gehörten unter anderem die fachliche Bewertung der Ergebnisse des jeweiligen Qualitätssicherungsverfahrens und die Durchführung der Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2024, die kollegiale Beratung der Leistungserbringerinnen/-erbringer und die Beratung über den Abschluss der Maßnahmenstufe 1 aus dem Auswertungsjahr 2023. Insgesamt fanden sich die 13 Fachkommissionen im Berichtszeitraum zu 19 Beratungen inkl. Kollegialer Gespräche mit 5 Leistungserbringern zusammen (Tabelle 2). Mit der Patientenvertreterin der Fachkommission HGV wurde die Beratung in einem gesonderten Termin vorbereitet. Die Fachkommissionen stellten die Bewertung der Maßnahmenstufe 1 zu Auswertungsjahr 2023 sowie die Ergebnisse der Stellungnahmeverfahren zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen in den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zu Auswertungsjahr 2024 dem Lenkungsgremium vor und unterbreiteten diesem Vorschläge zu qualitätsverbessernden Maßnahmen bei qualitativ auffälligen Ergebnissen der Leistungserbringerinnen/-erbringer aus dem Auswertungsjahr 2024 im Sinne einer Maßnahmenstufe 1.

Die Fachkommissionen für die QS-Verfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“ und „Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)“ führten darüber hinaus eine Online-Ergebniskonferenz am 21. Februar 2024 zu den QS-Ergebnissen der beiden kardiologischen QS-Verfahren QS PCI und QS HSMDEF aus dem Auswertungsjahr 2023 sowie zu weiterführenden kardiologischen Themen mit 50 Teilnehmern durch.

TABELLE 2: BERATUNGEN DER FACHKOMMISSIONEN IM JAHR 2023

Fachkommission für QS-Verfahren	Anzahl Beratungen
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	1
Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	1
Cholezystektomie (QS CHE)	1
Nierenersatztherapie bei chron. Nierenversagen einschl. Pankreastransplantationen (QS NET)	3
Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	2
Ambulant erworbene Pneumonien (QS CAP)	2
Mammachirurgie (QS MC)	2
Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	1
Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	2
Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	1
Perinatalmedizin (QS PM)	1
Hüftgelenksversorgung (QS HGV)	2
Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	0

3.4 Fachgruppe Klärender Dialog

Mit Krankenhäusern, deren Perinatalzentren die Anforderungen an die pflegerische Versorgung gem. QFR-RL nicht erfüllen, wird ein klärender Dialog zur Ursachenanalyse und Unterstützung der schnellstmöglichen Erfüllung der Personalanforderungen geführt. Dazu hat das Lenkungsgremium eine Fachgruppe „Klärender Dialog“ eingerichtet, an der Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V., des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt sowie weitere Fachexperten (sächsischer Pflegerat, Vertreter der Patientinnen und Patienten) beteiligt sind.

In Sachsen wurde im Berichtsjahr 2024 der klärende Dialog mit einem Perinatalzentrum Level 1 fortgesetzt und mit zwei Perinatalzentren Level 2 begonnen.

Seitens der Geschäftsstelle wurde zur Vorbereitung der Beratung der Fachgruppe in der betreffenden Einrichtung mit Perinatalzentrum Level 1 der Sachstand der Erfüllung der Zielvereinbarung zu den Personalanforderungen in der Pflege abgefragt.

Da die Anforderungen bisher nicht vollständig erfüllt werden konnten, wurde eine Verlängerung der Zielvereinbarung vorbereitet und ein Beschluss des Lenkungsgremiums dazu herbeigeführt.

Für die Einrichtungen mit Perinatalzentrum Level 2 wurden die Unterlagen gem. § 8 QFR-RL für die Prüfung durch die Fachgruppe abgefragt und dabei die geänderten Regelungen der Richtlinie, gültig ab 1. Januar 2025 berücksichtigt.

Der jährliche Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss gem. § 8 Abs. 11 der Richtlinie zum Umsetzungsstand der Anforderungen an die pflegerische Versorgung wurde von der Geschäftsstelle vorbereitet und mit der Fachgruppe und dem Lenkungsgremium abgestimmt.

3.5 Leistungserbringer

Bei den Leistungserbringerinnen/-erbringern handelt es sich abhängig vom QS-Verfahren um Krankenhäuser, Ambulanzen an Krankenhäusern, Belegärzte in Krankenhäusern und Vertragsärzte im ambulanten Bereich (Praxen, MVZ) sowie selektivvertragliche Leistungserbringerinnen/-erbringer. Ihnen obliegt eine gesetzliche Verpflichtung zur Dokumentation von Leistungen nach bundeseinheitlichen und vom G-BA beschlossenen Vorgaben hinsichtlich Umfang, Form und Fristen.

Zur Vorbereitung auf das Erfassungsjahr 2024 fand am 10. Januar 2024 ein von der Geschäftsstelle organisierter Online-Workshop gemeinsam mit den Qualitätsmanagementverantwortlichen der Leistungserbringerinnen/-erbringer mit 78 Teilnehmenden statt. Die zahlreichen zusätzlichen Anfragen der Leistungserbringerinnen/-erbringer im Jahresverlauf wurden bearbeitet und schriftlich, per E-Mail oder telefonisch beantwortet und in Einzelfällen an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) weitergeleitet.

3.6 Zusammenarbeit mit den Gremien und Institutionen der Bundesebene

Das Zusammenwirken der LAG Sachsen – Geschäftsstelle erfolgte im Berichtsjahr 2024 mit den Gremien und Institutionen der Landes- und Bundesebene im Rahmen der DeQS-RL, der QFR-RL und der Qualitätsberichtserstattung in nachfolgend genanntem Umfang, wobei die Beratungen sowohl in Präsenz als auch mittels Videokonferenzen durchgeführt wurden.

Es fanden mit dem IQTIG 2 LAG-IQTIG-Treffen und 21 IQTIG-Workshops statt bzw. wurde die Geschäftsstelle in 7 Online-Befragungen des IQTIG involviert. Darüber hinaus nahmen Geschäftsstellenvertreterinnen an



dem IQTIG-Symposium „Bewertung von Qualitätsinformationen mit Peer-Review-like Verfahren im Gesundheitswesen“ am 6. September 2024 sowie an der 15. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA am 14. - 15. November 2024 teil.

Es erfolgte ein Erfahrungsaustausch mit den LAG-Geschäftsstellen der anderen Bundesländer (6 Beratungen) und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (1 Veranstaltung).

Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle waren 2024 in Arbeitsgruppen (AG) des G-BA vertreten, so in der

- AG DeQS: Mitarbeit durch Dr. med. Beate Trausch (26 Beratungen)
- AG sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung (süQbe): Mitarbeit durch Dipl.-Math. Annette Friedrich (4 Beratungen)

Aus der AG süQB gingen im ersten Halbjahr 2024 nachfolgend die neue AG Qualitätsberichterstattung und Transparenz (AG QbT) und die reaktivierte AG Qualitätsbericht (AG Qb) hervor mit jeweils 4 Beratungen. Mitarbeit in beiden AG durch Dipl.-Math. Annette Friedrich

- Arbeitsgruppe QFR-RL: Mitarbeit durch Dipl.-Med. Annette Kaiser (6 Beratungen)

Außerdem bestand eine Mitarbeit in den Expertengremien des IQTIG zum Verfahren

- QS WI: Mitarbeit durch Dr. Beate Trausch (5 Beratungen),
- QS KAROTIS: Mitarbeit durch Dr. Beate Trausch (3 Beratungen),

Drei Mitglieder der sächsischen Fachkommissionen sind außerdem in den verfahrensspezifischen Expertengremien zu den Verfahren QS NET, QS HSMDEF, QS PM, QS HGV und QS KEP des IQTIG tätig.

4 Datenannahmestelle (DAS) der LAG Sachsen

4.1 Datenannahme für QS-Daten – Erfassungsjahr 2024

Im Jahr 2024 war die DAS der LAG unter Hinzuziehung eines externen Dienstleisters mit der Datenannahme für alle Qualitätssicherungsdaten der Krankenhäuser inklusive der Daten aus ambulanter Versorgung von Patienten am Krankenhaus nach § 9 Abs. 1 Satz 3 in Verbindung mit § 15 Abs. 1 Satz 1 Teil 1 DeQS-RL für die QS-Verfahren Nr. 1 bis 15 beauftragt. Dabei wurden auf das Erfassungsjahr 2024 insgesamt 208.597 Datensätze zu Fällen und 99 Datensätzen aus der einrichtungsbezogenen Befragung der Krankenhäuser vollständig verarbeitet. Maßgeblich für die Zuordnung der Fälle zu einem Erfassungsjahr ist dabei das Entlassdatum.

Für die ambulanten Leistungserbringer erfolgte die Datenannahme über die Datenannahmestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, über die im Geschäftsbericht nicht näher betrachtet wird.

4.2 Soll- und Risikostatistik – Erfassungsjahr 2023

Zum Abschluss eines Erfassungsjahres erfolgt im Folgejahr zu diesem die Erhebung der Soll- und Risikostatistik sowie der Sollstatistik EDOK gem. § 15 Abs. 3 Teil 1 der DeQS-RL. In der Spezifikation wird festgelegt, ob diese krankenhausbefragten (IK-Nr.) oder standortbezogen (Standort-ID) sind.

Die Sollstatistiken und Konformitätserklärungen wurden der DAS der LAG im Jahr 2024 für das Erfassungsjahr 2023 von 120 Krankenhausstandorten fristgerecht bis zum 15. März 2024 übermittelt. Die DAS der LAG erstellte nachfolgend gem. § 15 Abs. 4 Teil 1 der DeQS-RL am 3. April 2024 fristgerecht eine Dokumentationsbescheinigung für die Krankenhäuser und übermittelte in elektronischer Form gem. bundeseinheitlichem Format die zum Erfassungsjahr 2023 zu dokumentierenden Datensätze pro Leistungserbringer(in) (= elektronische Sollstatistik) am 15. März 2024 an die Bundesauswertungsstelle (gem. § 15 Abs. 5 Teil 1 der DeQS-RL).

Die Risikostatistiken wurden der DAS der LAG im Jahr 2024 für das Erfassungsjahr 2023 von 108 Krankenhausstandorten fristgerecht bis zum 15. März 2024 übermittelt. Die DAS leitete die pseudonymisierten Risikostatistikdaten am 15. März 2024 fristgerecht an die Bundesauswertestelle weiter. Die Leistungserbringer erhielten von der Datenannahmestelle ein Unterstützungsangebot zur Ursachenfindung bei Unterdokumentationen vor Ablauf der Datenlieferfrist und der Übermittlung der Sollstatistik.

4.3 Rückmeldeberichte an Leistungserbringer gem. § 18 Teil 1 DeQS-RL; § 10 und 17 in den themenspezifischen Bestimmungen) – Auswertungsjahr 2023

Zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2024 (I. bis III. Quartal) erhielten die Leistungserbringer richtlinienkonform die von der Bundesauswertestelle (IQTIG = Institut nach § 137a SGB V) nach einheitlichen Vorgaben erstellten Quartalsberichte über die zuständige Datenannahmestelle (DAS) per Datenaustauschportal (ambulante Leistungserbringer über DAS der KVS, stationäre Leistungserbringer über die DAS der LAG) weitergeleitet. Darüber hinaus wurden die Rückmeldeberichte des Auswertungsjahres 2024 zu jedem dieser Qualitätssicherungsverfahren Nr. 1 – 15 nach DeQS-RL, die zum 31. Mai 2024 vom IQTIG bereitgestellt wurden, sowie die nachfolgenden Korrekturlieferungen an die Leistungserbringer weitergeleitet.

4.4 Kapitel C-1 der Qualitätsberichte

Im Rahmen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) ist die Datenannahmestelle beauftragt, die festgelegten Ergebnisdaten der einzelnen QS-Verfahren zu depseudonymisieren und mit den Angaben zu den Dokumentationsraten standortbezogen zusammenzuführen. Nach Prüfung auf Vollständigkeit der zusammengeführten Daten durch die DAS erhielten die Krankenhäuser ihre Daten zur Prüfung und Kommentierung. Nach Abschluss der Prüfung und Kommentierung übermittelte die DAS die Daten an die Qb-Annahmestelle und in Kopie an die Krankenhäuser.

5 Datenauswertung

5.1 Auswertung nach DeQS-RL

5.1.1 Maßnahmenstufe 1 zu Auswertungsjahr 2023

Im Auswertungsjahr 2023 gelangten 13 landesbezogene QS-Verfahren gemäß DeQS-RL zur Auswertung. Bei diesen QS-Verfahren wurden bei rechnerischen Auffälligkeiten Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Die Fachkommissionen bewerteten von den 567 rechnerisch auffälligen Ergebnissen nach schriftlicher Stellungnahme 114 QI- oder AK-Ergebnisse als qualitativ auffällig, da diese Hinweise auf Struktur- und Prozessmängeln aufwiesen. Bei 9 von diesen bestand die Notwendigkeit der Einleitung einer Maßnahmenstufe 1 u. a. in Form von Kollegialen Gesprächen, Teilnahme an Fortbildungs-/Schulungsmaßnahmen, Durchführung von M&M-Konferenzen, Implementierung von Behandlungspfaden bzw. von Handlungsempfehlungen oder Erstellung von Handlungsanweisungen (SOP). Der Erfüllungsstand wurde von den betroffenen Leistungserbringern fristgerecht nachwiesen. Die Fachkommission empfahl dem Lenkungsgremium den Abschluss dieser Maßnahmenstufen 1, dem das Lenkungsgremium im Frühjahr 2024 folgte.

5.1.2 Zielvereinbarung mit einem Leistungserbringer

Zwischen dem Lenkungsgremium Sachsen und der Geschäftsführung des Leistungserbringers wurde zum Qualitätssicherungsverfahren „Hüftgelenkversorgung“ wegen wiederholt rechnerisch und qualitativ

auffälliger Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren zur präoperativen Verweildauer in den QS-Modulen „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“ (OSFRAK) und „Hüftendoprothesenversorgung“ (HEP) eine Zielvereinbarung geschlossen.

Die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen, deren Schwerpunkt auf Datenkorrekturen und verbindlichen Festlegungen zum Dokumentationsprozess lagen, wurden von den Mitgliedern der Fachkommission HGV anhand der Quartals- und Jahresauswertungen überprüft. Die Zielvereinbarung wurde verlängert und inhaltlich erweitert.

5.1.3 Landesbezogene Auswertungen an die LAG gem. DeQS-RL – Auswertungsjahr 2024

Das IQTIG stellt als Bundesauswertungsstelle gem. § 6 Anlage zu Teil 1 der DeQS-RL einmal pro Jahr der Landesarbeitsgemeinschaft landesbezogene Auswertungen und pseudonymisierte Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen/-erbringer zu jedem landesbezogenen Qualitätssicherungsverfahren nach DeQS-RL zur unmittelbaren Verwendung durch die LAG bereit. Zum Vergleich sind neben aktuellen Auswertungen die Bundesergebnisse, für die Leistungserbringer die Ergebnisse des Bundeslandes bzw. die nach den aktuell geltenden Rechenregeln neu berechneten Ergebnisse aus zwei vorangegangenen Jahren enthalten. Im Jahr 2024 betraf dies die Qualitätssicherungsverfahren Nr. 1 – 4 und 7 – 15-

Für die bundesbezogenen Verfahren Nr. 5 QS TX und Nr. 6 QS KCHK werden ausschließlich die Rückmeldeberichte der Landesauswertung zur Information bereitgestellt.

Die Übermittlung der Auswertungen durch das IQTIG erfolgte fristgerecht zum 31. Mai 2024. Diese Auswertungen bildeten die Grundlage für die auf Landesebene durchzuführenden Stellungnahmeverfahren zur Klärung rechnerischer Auffälligkeiten von Qualitätsindikatorergebnissen und Auffälligkeitskriterien bei den Leistungserbringerinnen/-erbringern.

5.1.4 Stellungnahmeverfahren gem. DeQS-RL – Auswertungsjahr 2024

Die Auswertung der QS-Daten nach DeQS-RL erfolgt durch das IQTIG nach bundeseinheitlichen, vom G-BA beschlossenen Rechenregeln, die nachfolgend als „endgültige Rechenregeln“ auf der Internetseite des IQTIG zu jedem Qualitätssicherungsverfahren bis zum 31. Mai des Auswertungsjahres veröffentlicht werden (<https://iqtig.org/qs-verfahren/> oder <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/qidb/>). Zusätzlich erfolgt eine statische Basisprüfung anhand von Auffälligkeitskriterien.

Auf Grund der Einbeziehung von sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren und unterschiedlich langen Follow-up-Zeiträumen bis zu einem Jahr, in einigen Verfahren auch länger, gelangen in einem Auswertungsjahr Qualitätsindikator-Ergebnisse aus verschiedenen Erfassungsjahren zur Auswertung. Das Stellungnahmeverfahren bezieht sich folglich jeweils auf das sog. Auswertungsjahr.

Gem. Teil 1 § 17 Abs. 2 DeQS-RL erhalten Leistungserbringerinnen/-erbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten in den Auswertungen die Gelegenheit zur Stellungnahme, d. h., es wird ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dies kann mehrstufig erfolgen und beginnt in einer schriftlichen Form, kann von einem Gespräch und/oder einer Begehung ergänzt werden.

Die Bewertungskategorien, ergeben sich aus der Spezifikation zum Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) und den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) zum jeweiligen Auswertungsjahr.

Werden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens qualitative Auffälligkeiten festgestellt, kann die jeweilige Fachkommission dem Lenkungsgremium die Einleitung einer Maßnahmenstufe 1 mit unterschiedlichen qualitätsfördernden Maßnahmen gem. Teil 1 § 17 Abs. 3 DeQS-RL vorschlagen. Eine Maßnahmenstufe 2 sieht Teil 1 § 17 Abs. 4 DeQS-RL als weitere Eskalationsstufe vor.

Bei den Verfahren Nr. 5 „Transplantationen (QS TX)“ und Nr. 6 „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)“, an welchem ausschließlich stationäre Leistungserbringer beteiligt sind und für die auf Landesebene die Datenannahme erfolgt, werden die Stellungnahmeverfahren auf Bundesebene durchgeführt. Aus diesem Grunde wird in diesem Geschäftsbericht nicht weiter Bezug genommen.

Bezüglich der 173 Qualitätsindikatoren und 97 Auffälligkeitskriterien in den landesbezogenen QS-Verfahren im Auswertungsjahr 2024 gab es in Sachsen insgesamt 603 rechnerisch auffällige Ergebnisse, wobei es sich um 530 QI- und 73 AK-Ergebnisse handelte.

Bei 120 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde aus verschiedenen Gründen kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Dazu zählen 89 rechnerisch auffällige QI-Ergebnisse bezüglich der Patientenerbefragung im Verfahren QS PCI (PPCI), bei denen im ersten vollständigen Auswertungsjahr keine Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurden gem. § 19 Abs. 8 Satz 6 der themenspezifischen Bestimmungen zu QS PCI der DeQS-RL. Es erfolgte allerdings eine Hinweisgebung zu der rechnerischen Auffälligkeit. Zudem bestand die Möglichkeit der freiwilligen Rückäußerung. Des Weiteren erfolgte kein Stellungnahmeverfahren bei weiteren 25 rechnerisch auffälligen QI-Ergebnissen zum QI 572006 „Dialysedauer pro Woche“ im Verfahren QS NET Modul DIALYSE gem. Beschluss des Lenkungsgremiums. Außerdem waren 6 QI-Ergebnisse von Leistungserbringern betroffen, die bis zum Zeitpunkt des Stellungnahmeverfahrens ihre Praxis oder das Krankenhaus geschlossen hatten.

Bei 483 rechnerischen Auffälligkeiten wurde das schriftliche Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Zusätzlich wurden Kollegiale Gespräche mit 5 Leistungserbringern durchgeführt.

Außerdem erfolgten 12 Stellungnahmeverfahren gem. § 12 Abs. 2 der themenspezifischen Bestimmungen zu QS WI der DeQS-RL wegen Nichtlieferung der einrichtungsbezogenen Befragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement im Verfahren QS WI.

Die Fachkommissionen bewerteten nach Stellungnahme 225 QI- und 26 AK-Ergebnisse als qualitativ unauffällig, 37 QI- und 5 AK-Ergebnisse mit einer Kategorie „Sonstiges“. Bei 64 QI-Ergebnissen verursachten ausschließlich Dokumentationsfehler auf Grund einer unvollständigen oder falschen Dokumentation bzw. auf Grund von Softwareproblemen das auffällige QI-Ergebnis. Als qualitativ auffällig wurden 85 QI-Ergebnisse eingeschätzt, da Hinweise auf Struktur- und Prozessmängeln festzustellen waren. Diese Mängel waren teilweise von den Leistungserbringern bereits beseitigt worden. Bei 13 der 85 qualitativ auffälligen QI-Ergebnisse bestand zusätzlich die Notwendigkeit der Einleitung einer Maßnahmenstufe 1 – u. a. in Form eines Kollegialen Gesprächs, der Teilnahme an Fortbildungs-/Schulungsmaßnahmen, der Durchführung von M&M-Konferenzen, der Implementierung von Behandlungspfaden bzw. von Handlungsempfehlungen oder der Erstellung von Handlungsanweisungen (SOP). Der Erfüllungsstand ist nachfolgend in einer vorgegebenen Frist nachzuweisen. Bei 41 AK-Ergebnissen, die qualitativ auffällig bewertet wurden, bestand eine fehlerhafte Dokumentation oder wurden keine Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt. Das Lenkungsgremium folgte den Empfehlungen der Fachkommissionen in vollem Umfang. Die Einleitung einer Maßnahmenstufe 2 war bei keinem QI-Ergebnis in keinem QS-Verfahren erforderlich.

Eine Übersicht der Auswertungen gegliedert nach Auswertungsmodulen findet sich in Tabelle 3, wobei teilweise mehrere Auswertungsmodule zu einem QS-Verfahren gehören.

TABELLE 3: STELLUNGNAHMEVERFAHREN UND EINGELEITETE MAßNAHMENSTUFE 1 IM AUSWERTUNGSJAHR 2024 IN SACHSEN – DARSTELLUNG NACH AUSWERTUNGSMODULEN (STAND: 4. DEZEMBER 2024)

Auswertungsmodul	Qualitätsindikatoren (QI)/ Transparenz-/Kennzahlen (TKeZ/ KeZ)/Auffälligkeitskriterien (AK)				Anzahl Auswertungen (Standorte)	Anzahl Datensätze	Rechnerisch auffällige Ergebnisse (QI + AK) – Stellungnahmeverfahren und Bewertungen							
	QI	KeZ	TKeZ	AK			gesamt	Stellung- nahmen	qualitativ auffällig	qualitativ unauffällig	Sonstiges	Dokumenta- tionsfehler	Maßnah- menstufe 1	Maßnah- menstufe 2
CAP: Ambulant erworbene Pneumonie	6	21	4	6	74	16.764	63	62 ^a	10	35	1	16	5	0
CHE: Cholezystektomie	7	14	0	3	65	7.709	9	9	0	9	0	0	0	0
DEK: Dekubitusprophylaxe	2	12	3	7	108	18.075	34	34	13	17	4	0	0	0
GYN-OP: Gynäkologische Operationen	7	4	0	5	50	8.081	47	47	14	26	3	4	0	0
HGV-HEP: Hüftendoprothesenversorgung	12	21	2	12	65	15.251	63	63	18	28	6	11	0	0
HGV-OSFRAK: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	5	7	1	6	59	3.719	24	24	9	9	3	3	0	0
HSMDEF-DEFI-AGGW: Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	2	2	0	0	45	467	0	0	0	0	0	0	0	0
HSMDEF-DEFI-IMPL: Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	9	14	1	5	48	1.081	15	15	1	13	0	1	0	0
HSMDEF-DEFI-REV: Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	3	4	0	5	29	415	0	0	0	0	0	0	0	0
HSMDEF-HSM-AGGW: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	2	2	0	0	53	786	0	0	0	0	0	0	0	0

^a Bei einer Einrichtung wurde kein Stellungnahmeverfahren wegen Schließung dieser veranlasst.

Auswertungsmodul	Qualitätsindikatoren (QI)/ Transparenz-/Kennzahlen (TKeZ/ KeZ)/Auffälligkeitskriterien (AK)				Anzahl Auswertungen (Standorte)	Anzahl Datensätze	Rechnerisch auffällige Ergebnisse (QI + AK) – Stellungnahmeverfahren und Bewertungen							
	QI	KeZ	TKeZ	AK			gesamt	Stellung- nahmen	qualitativ auffällig	qualitativ unauffällig	Sonstiges	Dokumenta- tionsfehler	Maßnah- menstufe 1	Maßnah- menstufe 2
HSMDEF-HSM-IMPL: Herzschrittmacher- Implantation	10	14	1	6	58	4.790	24	24	4	17	1	2	4	0
HSMDEF-HSM-REV: Herzschrittmacher- Revision/-Systemwechsel/ -Explantation	3	4	0	5	41	565	2	2	1	1	0	0	0	0
KAROTIS: Karotis-Revaskularisation	8	21	13	5	38	1.856	20	20	8	6	1	5	2	0
KEP: Knieendoprothesenversorgung	9	4	2	0	52	12.759	0	0	0	0	0	0	0	0
MC: Mammachirurgie	13	6	0	8	40	5.188	46	46	13	24	3	6	0	0
NET-DIAL: Dialyse	7	17	17	0	42	19.102	38	12 ^b	3	4	3	2	2	0
PCI: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie inkl. PPCI	38	12	0	7	59	30.943	119	28 ^c	5	12	3	8	0	0
PM-GEBH: Geburtshilfe	10	44	4	5	37	26.092	24	24	9	11	2	2	0	0
PM-NEO: Neonatologie	8	54	14	10	35	4.727	27	27	9	18	0	0	0	0
WI-HI-A: Hygiene- und Infektionsmana- gement – ambulantes Operieren	1	0	0	0	205	195	14 ^d	13 ^e	3	0	9	1	0	0

^b QS NET-DIAL: Für den Qualitätsindikator 572006 „Dialysedauer pro Woche“ wurde gem. Beschluss des Lenkungsgremiums kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt unter Berücksichtigung der Empfehlungen des IQTIG.

^c Zu den 19 Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung (PPCI) erfolgte kein Stellungnahmeverfahren gem. § 19 Abs. 8 Satz 6 der themenspezifischen Bestimmungen zu QS PCI der DeQS-RL.

^d In der Auswertung enthalten sind 10 Leistungserbringer, bei denen das Stellungnahmeverfahren gem. § 12 Abs. 2 der themenspezifischen Bestimmungen wegen Nichtlieferung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement erfolgte.

^e Bei einer Einrichtung wurde kein Stellungnahmeverfahren wegen Schließung dieser veranlasst.

Auswertungsmodul	Qualitätsindikatoren (QI)/ Transparenz-/Kennzahlen (TKeZ/ KeZ)/Auffälligkeitskriterien (AK)				Anzahl Auswertungen (Standorte)	Anzahl Datensätze	Rechnerisch auffällige Ergebnisse (QI + AK) – Stellungnahmeverfahren und Bewertungen							
	QI	KeZ	TKeZ	AK			gesamt	Stellung- nahmen	qualitativ auffällig	qualitativ unauffällig	Sonstiges	Dokumenta- tionsfehler	Maßnah- menstufe 1	Maßnah- menstufe 2
WI-HI-S: Hygiene- und Infektions- management – stationäres Operieren	1	0	0	0	62	59	9 ^f	9	4	0	3	2	0	0
WI-NI-A: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen – ambulantes Operieren	4	7	1	0	267	17.364	5	4 ^g	0	4	0	0	0	0
WI-NI-S: Nosokomiale postoperative Wundinfektionen – stationäres Operieren	6	17	1	0			18	18	0	17	0	1	0	0
WI-NI-D: Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen	0	0	0	2	86	19.923	2	2	2	0	0	0	0	0
Zusammenfassung – gesamt	173	301	64	97			603	483	126	251	42	64	13	0
<i>bezogen auf QI</i>							530	411	85	225	37	64	13	0
<i>bezogen auf AK</i>							73	72	41	26	5	0	0	0

^f In der Auswertung enthalten sind 3 Leistungserbringer, bei denen das Stellungnahmeverfahren gem. § 12 Abs. 2 der themenspezifischen Bestimmungen wegen Nichtlieferung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement erfolgte.

^g Bei einer Einrichtung wurde kein Stellungnahmeverfahren wegen Schließung dieser veranlasst.

6 Berichte

6.1 Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) an das Institut nach § 137a SGB V (§ 19 DeQS-RL)

In diesem maschinenlesbaren und –verwertbaren Qualitätssicherungsergebnisbericht werden die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren zu jedem initial rechnerisch auffälligen Qualitätsindikator- und AK-Ergebnis verfahrens- und standortbezogen in einem bundeseinheitlichen Format dargelegt. Diese Ergebnisse fließen nachfolgend in den Bundesqualitätsbericht ein. Zusätzlich erfolgt optional eine Stakeholderanalyse zur Verfahrensevaluation in vorgegebenen QS-Verfahren nach einem speziellen Fragenkatalog.

Im Geschäftsjahr 2024 wurden dieser QSEB zum Auswertungsjahr 2023 und die Stakeholderanalyse zur Verfahrensevaluation für die landesbezogenen QS-Verfahren von der LAG Sachsen erstellt und fristgerecht bis zum 15. März 2024 an das IQTIG übermittelt.

6.2 Tätigkeitsbericht und Jahresabschluss der Landesgeschäftsstelle für das Geschäftsjahr 2023

Die Verwendung der Finanzmittel wurden gesondert im „Bericht zum Teilhaushalt Landesgeschäftsstelle zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen für den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2023“ der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte GmbH vom 22. April 2024 ausgewiesen.

Der Tätigkeitsbericht gem. § 3 Abs. 2 der Finanzierungsvereinbarung (Anlage 2) zum Landesvertrag und gem. § 22 Abs. 3 Teil 1 der DeQS-RL wurde für das Geschäftsjahr 2023 zum 29. April 2024 fertiggestellt.

Tätigkeitsbericht und Jahresabschluss 2023 wurden dem Lenkungsgremium übermittelt und durch dieses einstimmig in der Beratung am 18. Juni 2024 bestätigt.

Gemäß § 22 Abs. 3 Teil 1 der DeQS-RL wurden der Tätigkeitsbericht und die tabellarische Aufstellung des Jahresabschlusses zum Geschäftsjahr 2023 am 26. Juni 2024 an den Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA übermittelt. Des Weiteren erfolgte zeitgleich die Veröffentlichung auf der Webseite der LAG Sachsen www.qs-sachsen.de.



7 Veranstaltungen und Vorträge

7.1 Workshop „Externe Qualitätssicherung – update 2024“ am 10. Januar 2024

Zur Vorbereitung des neuen Erfassungsjahres 2024 und in Auswertung der Erfahrungen des zurückliegenden Auswertungs- und Stellungnahmeverfahrensjahres wurde ein Online-Workshop am 10. Januar 2024 durch die LAG-Geschäftsstelle veranstaltet, der sich insbesondere an Qualitätsmanagement-Verantwortliche und interessierte Ärztinnen und Ärzte richtete und regen Zuspruch fand. Die Veranstaltung mit insgesamt 73 Teilnehmern wurde mit 3 Fortbildungspunkten der Kategorie C durch die Sächsische Landesärztekammer anerkannt. (Abb. 1).

ABBILDUNG 1: VERANSTALTUNGSPROGRAMM „WORKSHOP „EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG – UPDATE 2024“ AM 10. JANUAR 2024

PROGRAMM		MODERATORINNEN & REFERENTINNEN
14.00 Uhr Begrüßung		
14.05 Uhr Stellungnahmeverfahren 2023 – ein Fazit	14.45 Uhr Wie sieht eine gute Stellungnahme aus?	Dipl.-Math. A. Friedrich Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Sachsen
<ul style="list-style-type: none">• Bereitstellung der Rückmeldeberichte und endgültigen Rechenregeln durch das IQTIG• Nutzung des neuen QS-Portals Sachsen zum Dokumentenaustausch• Unterlagen des IQTIG (u. a. AV- und ATR-Listen, Quartals- und Rückmeldeberichte)• QS WI: Nichtlieferung der QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement• QS NET: Falldefinition ambulant und teilstationär; Dokumentation „Wesentliches Ereignis“• QS CAP: Kodierung von nosokomialen und ambulant erworbenen Pneumonien• PPCI: erste Erfahrungen bezüglich Patientenbefragung im Verfahren QS PCI• Modifiziertes Bewertungsschema	<ul style="list-style-type: none">• Inhalt - Umfang• Anonymisierung• Freigabe	Dipl.-Med. A. Kaiser Leitung der Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Sachsen
	15:05 Uhr Follow-up-Indikatoren in den verschiedenen QS-Verfahren – ein Vergleich:	Dr. med. B. Trausch Leitung der Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Sachsen
	<ul style="list-style-type: none">• Datenquellen• bereitgestellte Daten in AV-Listen	
	15:20 Uhr Externe Qualitätssicherung 2024: Was ändert sich?	
	<ul style="list-style-type: none">• Neue einheitliche Begriffsdefinitionen für Zeiträume und Wechsel des Jahresbezugs• Verfahrensspezifische Änderungen	
	15:35 Uhr Qualitätsbericht der Krankenhäuser	
	15:45 Uhr Perspektiven in der externen Qualitätssicherung	
	15:55 Uhr In eigener Sache	
	<ul style="list-style-type: none">• Vorankündigungen• Feedback	

WWW.QS-SACHSEN.DE

7.2 Ergebniskonferenz Kardiologie am 21. Februar 2024

Die Fachkommissionen QS PCI und QS HSMDEF führten diese überregional beachtete Online-Ergebniskonferenz mit 50 Teilnehmern durch. Die sächsischen Qualitätssicherungs-Ergebnisse der landesbezogenen kardiologischen Qualitätssicherungs-Verfahren QS PCI und QS HSMDEF wurden vorgestellt, ergänzt durch Vorträge zur Patientenbefragung im Verfahren QS PCI (PPCI) aus Patientensicht und nach den ersten Erfahrungen aus freiwilligen Rückmeldungen der Leistungserbringer aus den verschiedenen Bundesländern, zur neuen statischen Auswertungsmethodik des IQTIG, zur neuen ESC-Leitlinie „Chronisches Koronarsyndrom“ und mit einem Ausblick auf das neue Erfassungsjahr 2024 gem. beigefügten Programm (Abb. 2). Die Veranstaltung wurde mit 3 Fortbildungspunkten der Kategorie A durch die Sächsische Landesärztekammer bewertet.

PROGRAMM

- 16.00 Uhr Begrüßung und Moderation**
Hanna Marieke Waldert
PD Dr. med. habil. Norbert Klein
Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer
- 16.10 Uhr Qualitätssicherungsverfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“: Ergebnisse im Auswertungsjahr 2023**
Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer
- 16.30 Uhr Patientenbefragung (PPCI): Erste Erfahrungen, Ergebnisinterpretation, Umgang mit rechnerischen Auffälligkeiten**
Dr. med. Konstanze Blatt
- 16.55 Uhr ESC-Leitlinien-Update 2023: Guidelines for the management of acute coronary syndromes**
PD Dr. med. Karsten Lenk
- 17.15 Uhr Qualitätssicherungsverfahren „Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren“: Ergebnisse im Auswertungsjahr 2023**
PD Dr. med. habil. Norbert Klein

- 17:35 Uhr Ambulantisierung aus Sicht der GKV-Versicherten/Patienten**
Marius Milde
- 18:10 Uhr Ambulantisierung nach AOP-Katalog: Auswirkungen auf die externe Qualitätssicherung in den kardiologischen QS-Verfahren**
Dr. med. Beate Trausch
- 18:20 Uhr Erfassungsjahr 2024: Was wird es Neues in der kardiologischen Qualitätssicherung geben?**
Dr. med. Beate Trausch
- 18:30 Uhr Zusammenfassung und Schlusswort**
PD Dr. med. habil. Norbert Klein
Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer

Diskussionen sind nach jedem Vortrag vorgesehen.

MODERATOREN & REFERENTEN

- Dr. med. Konstanze Blatt**
 Leiterin Fachbereich Befragung
 IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin
- PD Dr. med. habil. Norbert Klein**
 Sprecher der Fachkommission QS HSMDEF
 Klinikum St. Georg Leipzig, Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin
- PD Dr. med. habil. Karsten Lenk**
 Uniklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Kardiologie
- Marius Milde**
 Geschäftsführer,
 AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
- Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer**
 Sprecher der Fachkommission QS PCI,
 Mitglied der Fachkommission QS HSMDEF,
 Praxisklinik Herz und Gefäße, Dresden
- Dr. med. Beate Trausch**
 Leitung der LAG Sachsen – Geschäftsstelle
- Hanna Marieke Waldert**
 Vorsitzende des Lenkungsgremiums der LAG Sachsen,
 Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

8 Anhang

8.1 Abkürzungsverzeichnis

TABELLE 5: ABKÜRZUNGEN

Abkürzung	Langform
DAS	Datenannahmestelle
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
FK	Fachkommission
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KGS	Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V.
KH	Krankenhaus
KVS	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
KZVS	Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringerin/Leistungserbringer
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht

8.2 Glossar

TABELLE 6: GLOSSAR (GEM. IQTIG)

Begriff	Erläuterung
Auswertungsjahr	Beschreibt das Jahr, in dem eine Auswertung erfolgt, in dem zu einem QS-Verfahren berichtet wird und in dem standardmäßig das Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird.
Erfassungsjahr	Das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen die Ergebnisse der Indikatoren. Die Kriterien für die Abgrenzung des Erfassungsjahres sind in der Spezifikation zur Sollstatistik definiert. Bezogen auf die Spezifikation meint der Begriff Erfassungsjahr das Jahr des Aufnahmedatums bei stationärer Behandlung bzw. das Jahr des Behandlungsdatums bei ambulanten Eingriffen der jeweils dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle. Wenn stationäre Krankenhaus-Patienten über einen Kalenderjahreswechsel hinweg stationär behandelt werden, kann der Dokumentationsabschluss erst im Folgejahr des Erfassungsjahres erfolgen.

Dresden, den 7. April 2025

für den Bericht:

gez.

gez.

Dr. med. Beate Trausch
Leitung
LAG Sachsen – Geschäftsstelle

Dipl.-Med. Annette Kaiser
Leitung
LAG Sachsen – Geschäftsstelle

bestätigt:

gez.

Ass. jur. Nadine Kiel
Vorsitzende des Lenkungsgremiums der LAG Sachsen

